



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE

CIR-17/2002

Document consultable dans Médi@m

Date :
17/01/2002
Domaine(s) :
Risques maladie

| | |
|---|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Nouveau | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Modificatif | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Complémentaire | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Suivi | <input type="checkbox"/> |

Objet :
Procédure d'entente préalable

Liens :

Plan de classement :
23

Emetteurs :
DDRI DSM

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

Directeurs

CPAM CRAM URCAM
 UGECAM CGSS CTI

Agents Comptables

Médecins Conseils

Régionaux Chef de service
 Médecin Chef de la Réunion

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

Application des dispositions du décret n° 2001-52 du 20 juin 2001 modifiant le régime de l'entente préalable relative aux nomenclatures (NGAP et NABM) et à la liste prévue à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale (ex TIPS).

Mots clés :

Entente préalable

Le Médecin Conseil National Adjoint


Dr Yvette RACT

Le Directeur
Délégué aux Risques


Pierre-Jean LANCERY



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE : 17/2002

Date : 17/01/2002

Objet : Procédure d'entente préalable

Affaire suivie par : Cf dernière page

Les modalités de traitement des ententes préalables relatives aux nomenclatures et à la liste prévue à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale (CSS) (ex TIPS) ont été modifiées par le décret n° 2001-532 du 20 juin 2001.

La présente circulaire a pour objet de préciser les nouvelles dispositions. Elle ne vise que les ententes préalables relatives aux nomenclatures et à la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS (ex TIPS). Les autres ententes préalables demeurent soumises au régime antérieur (remboursement des frais de transport, par exemple).

1. LES NOUVELLES DISPOSITIONS

La loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations fixe les règles applicables aux décisions implicites d'acceptation. Elle s'applique aux organismes de sécurité sociale.

Le silence gardé par l'autorité administrative dans un délai de 2 mois vaut rejet. Mais, dans certains cas prévus par décret en Conseil d'Etat, le silence peut valoir acceptation.

Le délai d'acceptation tacite de 2 mois peut être différent, soit plus court en raison de l'urgence, soit plus long en raison de la complexité de la procédure à suivre.

Le décret n° 2001-532 du 20 juin 2001 prévoit un délai dérogatoire unique de 15 jours pour les actes ou prestations soumises à la formalité de l'entente préalable en application des dispositions générales et particulières de la NGAP et de la NABM, ainsi que pour les matériels et produits inscrits à la liste prévue à l'article L 165-1 du CSS (ex TIPS).

2. L'ENTENTE PREALABLE EN MATIERE DE NOMENCLATURES

2.1 Les dispositions générales

2.1.1 Le délai

Le décret simplifie les anciennes règles puisqu'il instaure un régime d'acceptation implicite dans tous les cas pour les deux nomenclatures (NGAP – NABM) et fixe un délai unique (15 jours).

Ainsi, en application des articles R. 162-18 (art 35 du décret) et R. 162-52 (art 38 du décret) du CSS, la caisse dispose d'un délai de 15 jours pour se prononcer sur la demande d'entente préalable. A défaut de réponse dans ce délai, son accord est réputé acquis.

Le délai de 15 jours s'applique aux demandes d'entente préalable pour les actes de l'ensemble des professionnels de santé à l'exception des transporteurs. Les dispositions des articles R. 322-10-3 et R. 322-11-3 du CSS pour les demandes relatives au remboursement de frais de transport sanitaires et de transports non sanitaires (délai de 10 jours et date d'envoi) demeurent en vigueur.

2.1.2 La date à prendre en compte

La loi du 12 avril 2000 prévoit, selon les situations, la prise en compte de la date d'envoi (art. 16) ou de la date de réception (art. 20).

L'article 16 vise uniquement les cas où l'assuré doit respecter une date limite ou un délai pour accomplir une démarche ou effectuer une demande. Cet article n'est donc pas applicable aux demandes d'ententes préalables en matière de nomenclatures puisqu'aucun délai n'est imposé à l'assuré pour adresser la demande. La date à prendre en compte pour le point de départ du délai de 15 jours est la date de réception de la demande par le service du contrôle médical, la caisse ou la mutuelle.

2.1.3 L'interruption du délai

Le délai est interrompu lorsque la demande est incomplète, c'est-à-dire lorsque des pièces indispensables à l'instruction de la demande ne sont pas fournies (article 2 du décret n° 2001-492 du 6 juin 2001). La caisse réclame les pièces manquantes (prévues par la réglementation en vigueur) et fixe un délai pour la réception de celles-ci.

Dans ce cas, le délai de 15 jours au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée, ne court qu'à compter de la réception des pièces requises. La convocation de l'assuré social n'interrompt pas le délai.

2.1.4 La notification des décisions

A défaut de réponse dans le délai de 15 jours, l'accord est réputé acquis. S'agissant d'acceptation implicite, la caisse ne doit plus notifier d'accord. Ainsi les dispositions figurant à l'article 3-9 de la convention nationale des chirurgiens-dentistes indiquant « *La caisse notifie à l'intéressé l'acceptation ou le rejet de la prise en charge conformément à la réglementation en vigueur* » ne sont plus applicables. Les refus doivent être impérativement notifiés à l'assuré avant l'expiration du délai de 15 jours.

2.2 La cotation par assimilation

Les actes non inscrits à la nomenclature et pouvant faire l'objet d'un remboursement par assimilation en application de l'article 4 des dispositions générales de la NGAP sont soumis au régime de la décision implicite d'acceptation.

2.3 Portée de la règle de l'acceptation tacite

La Cour de cassation considère que la non réponse de la caisse dans le délai imparti vaut approbation tacite de la cotation. Toutefois, le service médical peut toujours intervenir sur la prise en charge de la suite du traitement ou la poursuite des actes. Ainsi, le service médical peut donner un avis sur les actes non encore exécutés. La caisse peut, en cas d'avis défavorable (total ou partiel) du service médical pour lesdits actes, notifier un refus.

2.4 Modalités de traitement des ententes préalables dentaires

Les dispositions du décret n° 2001-532 du 20 juin 2001 suppriment de fait un grand nombre de contrôles obligatoires.

La responsabilité du praticien traitant lors de la rédaction d'une demande d'entente préalable revêt désormais une importance toute particulière. L'application de la circulaire ENSM n° 22/2001 – DDRI n° 85/2001 du 26 juin 2001 relative aux mesures d'allègement dans le traitement des ententes préalables dentaires est donc indispensable.

Pour en faciliter sa mise en œuvre, les annexes (lettres aux professionnels de santé & organismes complémentaires) ont été actualisées au regard du décret du 20 juin 2001 et sont jointes à la présente circulaire.

Le traitement de ces demandes par le service médical a fait l'objet de directives auxquelles il convient de se référer.

2.4.1 Contrôles obligatoires

Les contrôles individuels imposés par la législation dans la mesure où l'octroi de la prestation est obligatoirement subordonné à un avis du service médical sont désormais les suivants :

- AT/MP : avis sur consolidation ou guérison, rechute, nouvelle lésion, soins après consolidation, appréciation, fixation et révision du taux d'IPP.
- Soins programmés à l'étranger.
- Recours contre tiers : imputabilité et frais futurs.

2.4.2 Ententes préalables nécessitant une intervention expresse du service médical

Dans l'état actuel des procédures et bien qu'il ne s'agisse pas de contrôles obligatoires :

- les prestations en CMU complémentaire nécessitent une codification formalisée du service médical,
- les contrôles a posteriori portant sur la réalité, la régularité, l'opportunité et surtout la qualité des actes réalisés en CMUC seront effectués comme pour les autres actes dans le cadre d'ASP.

2.4.3 Cas particulier de l'ODF

Dans l'immédiat, afin de continuer à bénéficier de la base de données actuellement exploitée, le traitement des demandes se limite à une gestion permettant un suivi médico-administratif des dossiers.

2.4.4 Ententes préalables n'exigeant pas d'avis du service médical

Elles ne doivent être étudiées que dans le cadre de l'activité en santé publique.

3. LA LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS REMBOURSABLES PREVUE A L'ARTICLE L 165-1 DU CSS (EX TIPS)

L'article 39 du décret du 20 juin 2001 modifie les délais d'entente préalable et de convocation de l'assuré prévus respectivement par les articles R. 165-23 et R. 165-30 du CSS.

3.1 Principe général

Aux termes de l'article R. 165-23 du CSS, la prise en charge de certains produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS est subordonnée à la formalité de l'entente préalable. Le décret du 20 juin 2001 abaisse à 15 jours le délai fixé initialement à 21 jours. **A défaut de réponse de la caisse dans le délai de 15 jours suivant la réception de l'entente préalable, l'accord de la caisse est réputé acquis.**

3.2 Cas particulier relatif au traitement des demandes d'entente préalable des appareillages relevant du Titre II, chapitres 5, 6 et 7

En l'espèce deux situations doivent être distinguées : celle où l'intervention de la consultation médicale d'appareillage (CMA) prévue à l'article R. 165-30 du CSS n'est pas requise et celle où cette intervention est obligatoire (pour mémoire, procédure déclinée par la circulaire ministérielle du 11 février 1986 - JO du 14 mars et la circulaire CNAMTS DGR n° 2094 – ENSM n° 1149 du 29 juin 1987).

3.3 La demande de prise en charge ne requiert pas l'intervention de la commission médicale d'appareillage (CMA)

Il est rappelé que cette situation est acquise dès lors que la prescription médicale émane d'un médecin compétent ou qualifié au sens de l'arrêté du 29 février 1984 (JO du 8 mars) Le traitement de la demande d'entente préalable est donc soumis au principe général énoncé ci-dessus en 3-1.

3.4 La demande de prise en charge requiert l'intervention de la commission médicale d'appareillage (CMA)

3.4.1 Convocation de l'assuré

L'article R. 165-30 du CSS prévoit en l'espèce que l'assuré bénéficiaire de la prestation est convoqué à la CMA lorsque la prescription médicale n'émane pas d'un médecin compétent ou qualifié au sens de l'arrêté du 29 février 1984. Il fixe également le délai dans lequel cette convocation doit intervenir. Ce délai fixé initialement à 21 jours a été ramené à 15 jours par le décret du 20 juin 2001 afin de l'aligner sur le délai fixé dans le cadre de la procédure d'entente préalable.

3.4.2 Gestion de la demande d'entente préalable

L'attention des caisses est attirée sur le fait que **l'intervention de la CMA ne suspend plus l'écoulement du délai d'entente préalable** comme le prévoyait l'article 25 du décret du 8 mai 1981.

Ainsi le délai d'un mois (arrêté du 23 janvier 1984, JO du 3 février) dans lequel la CMA devait émettre son avis ne doit plus être retenu.

Cela signifie que **la procédure d'appareillage doit aboutir dans le délai de l'entente préalable, soit 15 jours.**

Il convient donc désormais de considérer que le centre d'appareillage dispose d'un délai de 15 jours à compter du jour de réception de la demande d'entente préalable par la caisse (qui correspond pour lui au jour de réception de la prescription médicale : article R. 165-27 du CSS) pour :

- inviter l'assuré à se présenter à une consultation médicale d'appareillage,
- établir le bon de commande qui vaut acceptation de la demande d'entente préalable.

3.5 Cas particulier d'un dispositif médical non inscrit

Enfin, l'article R. 165-25 du CSS prévoit que les organismes peuvent, **après avis du médecin conseil**, décider de prendre en charge un produit sur mesure non inscrit sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

La mise en œuvre de cette disposition n'est pas soumise à la procédure de demande d'entente préalable : aucun délai ne s'impose à la caisse lors de la formulation de la réponse. Le décret du 20 juin 2001 prévoit en la matière que **le silence gardé pendant 2 mois vaut décision de rejet.**

4. RELATIONS ENTRE LE SERVICE DU CONTROLE MEDICAL ET LA CAISSE PRIMAIRE

Le protocole local de gestion des risques doit prévoir le suivi de certaines ententes préalables effectué dans le cadre de contrôles programmés ainsi que les modalités de notification de refus de prise en charge dans le délai de 15 jours à compter de la date de réception de la demande de l'entente préalable.

4.1 Le rôle du service du contrôle médical

Les ententes préalables sont examinées à l'entrée du service ou de l'unité fonctionnelle par un agent formé à cet effet. Elles sont triées selon les modalités suivantes :

4.1.1 Les ententes préalables dont l'avis du praticien conseil est requis

- pour les cas prévus par le protocole local de gestion des risques ;
- en raison d'anomalie dans le libellé (prescription non conforme, cotation erronée...).

Le praticien conseil donne son avis sur pièces lorsque les documents en sa possession sont suffisamment explicites ou après examen du bénéficiaire :

- un accord de prise en charge ;
- un refus global d'ordre administratif (actes ou prestations non conformes aux référentiels réglementaires) avec mention du motif du refus ;
- un refus médical (prestation non justifiée par l'état du patient).

Ensuite :

- le volet destiné au service médical est conservé dans le dossier de l'assuré ;
- l'avis du praticien conseil est mentionné sur le volet qui est transmis au service administratif avec la date de réception, accompagné de la prescription médicale si l'acte est effectué par un auxiliaire médical.

REMARQUE : Lorsque la demande est incomplète, le praticien conseil doit demander par écrit au demandeur les pièces manquantes dont la production est indispensable à l'instruction de la demande. Le délai de 15 jours court à compter de la réception des pièces manquantes.

4.1.2 Les ententes préalables sans avis indispensable

Le secrétariat du service médical ventile les volets de l'EP :

- le volet destiné au service médical est détruit ;
- le volet est transmis au service administratif avec la date de réception, accompagné de la prescription médicale si l'acte est effectué par un auxiliaire médical.

REMARQUE : les prescriptions médicales transmises ne doivent pas porter de mention contraire au strict respect du secret médical.

4.2 Le rôle de la caisse primaire

La caisse primaire doit prendre, toutes dispositions utiles, en relation avec le service médical, pour assurer le traitement des ententes préalables et être en mesure de notifier les refus avant l'expiration du délai de 15 jours.

Les refus de prise en charge sont notifiés avec l'indication de la voie de recours :

- la commission de recours amiable, pour le refus d'ordre administratif,
- l'expertise "article L.141-1 du CSS" pour le refus d'ordre médical.

Il est rappelé que les refus doivent être motivés.

5. ACTION EN RECUPERATION D'INDUS (ARTICLE L 133-4 DU CSS)

La Cour de cassation a limité les possibilités d'action des caisses en décidant que la récupération d'indus sur le fondement de l'article L. 133-4 du CSS n'était pas possible lorsque la caisse avait donné un accord tacite. Selon la Cour, l'absence de réponse de la caisse dans le délai qui lui est imparti vaut approbation tacite de la cotation proposée et la caisse ne peut pas la remettre en cause ultérieurement. Ainsi, la caisse ne peut pas récupérer l'indu si elle constate à l'occasion d'un contrôle a posteriori que la cotation du praticien traitant est erronée.

Toutefois, l'expiration du délai ne vaut pas accord tacite dans tous les cas. En effet, la Cour de cassation, chambre sociale, écarte cette règle dans certaines situations.

Le silence gardé au-delà du délai de 15 jours ne vaut pas approbation lorsque la demande d'entente préalable mentionne une cotation supérieure au maximum prévu par la nomenclature :

- arrêts des 2 avril 1998 (n° 1912) et 18 juin 1998 (pourvoi n° 96-22-428) à propos de soins infirmiers. Il a été jugé que, dans la mesure où la nomenclature limite la prise en charge des soins infirmiers à domicile à 4 séances maximum soit une cotation totale de 12 AIS par jour, la demande d'entente préalable adressée à la caisse pour 18 AIS est inopérante pour le surplus de cotation.
- arrêts des 11 avril 1996 (n° 1808) et 19 octobre 2000 (n° 3923 F-D) relatifs à des actes de procréation médicalement assistée. La Cour a jugé que la demande d'entente préalable pour une cinquième tentative de fécondation in vitro était inopérante puisque la nomenclature prévoit uniquement la cotation de quatre tentatives successives.

6. IMPRIMES

Afin de prendre en compte l'incidence des décrets n° 2001-492 du 6 juin 2001 et n° 2001-532 du 20 juin 2001, les formulaires dont les références suivent vont être modifiés :

- S3108 "demande d'entente préalable – NGAP"
- S3132 "demande d'entente préalable – nomenclature actes de biologie médicale"
- S3150 "demande d'entente préalable ODF – chirurgien dentiste"
- S3151 "demande d'entente préalable traitements bucco-dentaires – chirurgien dentiste" (remplissage informatique)
- S3152 - idem ci-dessus (remplissage manuel)
- S3155 "demande d'entente préalable ODMF – médecin"

- S3156 "demande d'entente préalable traitements bucco-dentaires – médecin" (remplissage manuel)
- S3157 – idem ci-dessus (remplissage informatique)
- S6905 "demande d'entente préalable accidents du travail – maladies professionnelles".
- S3604 "demande d'entente préalable grand appareillage valant bon de commande" et S3135 "prescription médicale pour grand appareillage"
- Réf 629 CNAMTS "demande d'entente préalable pour un traitement d'assistance respiratoire"

Ces nouvelles versions sont soumises au Ministère pour homologation. Nous vous tiendrons informés dès que possible de leur validation.

Il est rappelé que, quelle que soit la procédure retenue par l'utilisateur (édition de fond de page, utilisation d'un formulaire pré-imprimé...), il convient de fournir systématiquement pour les ententes préalables des enveloppes destinées au "contrôle médical" afin que le secret professionnel lié à ces formulaires soit respecté.

Le Médecin Conseil National Adjoint

Le Directeur Délégué aux Risques

Dr Yvette RACT

Pierre-Jean LANCRY

Pour tout problème que vous pourriez rencontrer, vous voudrez bien contacter :

Versant Administratif

- | | |
|--------------------------------------|------------------|
| ➤ Mme Stéphanie NAUX (nomenclatures) | ☎ 01.42.79.43.08 |
| ➤ Mlle Audrey MANUGUERRA (dentaire) | ☎ 01.42.79.32.89 |
| ➤ Mlle Sandrine AUJOUX (ex TIPS) | ☎ 01.42.79.30.11 |

Versant Médical

- | | |
|-----------------------------------|------------------|
| ➤ Dr Didier LAPORTE | ☎ 01.42.79.32.94 |
| ➤ Dr Jacques PREEL (dentaire) | ☎ 01.42.79.34.49 |
| ➤ Dr Odile VANDENBERGHE (ex TIPS) | ☎ 01.42.79.31.48 |

Contentieux

- | | |
|--------------------|------------------|
| ➤ Mme Réjane GOUEL | ☎ 01.42.79.32.05 |
| ➤ Mr Richard VIEAU | ☎ 01.42.79.34.25 |

Imprimés

- | | |
|------------------------|------------------|
| ➤ Mme Martine TEILLEUX | ☎ 01.42.79.35.64 |
|------------------------|------------------|

**lettre aux praticiens traitants
(chirurgiens-dentistes et médecins stomatologues)**

Objet : Application de la procédure d'entente préalable pour les actes d'odontostomatologie

Docteur, cher confrère,

Le décret n° 2001-532 du 20 juin 2001, paru au Journal Officiel du 22 juin 2001 a modifié par son article 38 les conditions de réponse aux demandes d'entente préalable : « le silence gardé » pendant plus de quinze jours par l'organisme de Sécurité Sociale sur une demande de prise en charge, vaut décision d'acceptation.

Aussiseuls les refus éventuels seront notifiés aux assurés. Pour les bénéficiaires de la CMU Complémentaire, les procédures actuelles sont inchangées.

Par ailleurs, l'analyse des ententes préalables dentaires adressées au service médical montre qu'une part importante d'entre elles correspond à des actes hors nomenclature ou ne respectant pas les dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

En l'occurrence, aucune base réglementaire n'impose la notification d'un refus par un organisme d'assurance maladie pour permettre une prise en charge complémentaire.

C'est pourquoi, en pratique, la procédure d'entente préalable doit être engagée pour les seuls actes inscrits à la NGAP et respectant les conditions médico-administratives d'attribution.

En outre, il convient de rappeler qu'après réalisation des travaux, seuls les actes remboursables et ayant fait l'objet initialement d'une demande d'entente préalable, doivent être cotés dans la partie « honoraires » du document de facturation en vue d'un remboursement par l'assurance maladie.

En parallèle, les organismes complémentaires sont informés de ces mesures.

Une affiche est jointe au présent courrier qui vous permettra de sensibiliser vos patients.

Enfin, le (ou les) chirurgien(s)-dentiste(s) conseil(s) se tient(tiennent) à votre disposition pour toute information complémentaire.

Nous vous prions d'agréer, Docteur, cher confrère, l'expression de notre considération distinguée.

Le Directeur

Le Médecin Conseil Chef

Affiche jointe

lettre aux organismes complémentaires

Objet : Application de la procédure d'entente préalable pour les actes d'odonto-stomatologie

Monsieur (Madame) le Directeur,

Le décret n° 2001-532 du 20 juin 2001, paru au Journal Officiel du 22 juin 2001 a modifié par son article 38 les conditions de réponse aux demandes d'entente préalable : « le silence gardé » pendant plus de quinze jours par l'organisme de Sécurité Sociale sur une demande de prise en charge, vaut décision d'acceptation.

Aussi, seuls les refus éventuels seront notifiés aux assurés. Pour les bénéficiaires de la CMU Complémentaire, les procédures actuelles sont inchangées.

Par ailleurs, l'analyse des ententes préalables dentaires adressées au service médical montre qu'une part importante d'entre elles correspond à des actes hors nomenclature ou ne respectant pas les dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

En l'occurrence, aucune base réglementaire n'impose la notification d'un refus par un organisme d'assurance maladie pour permettre une prise en charge complémentaire.

C'est pourquoi, en pratique, la procédure d'entente préalable doit être engagée pour les seuls actes inscrits à la NGAP et nécessitant préalablement à leur exécution et à leur remboursement un accord par l'Assurance Maladie.

Ces dispositions sont rappelées aux professionnels de santé concernés et je compte sur votre participation pour en informer vos bénéficiaires.

Mes services restent à votre disposition pour toute information complémentaire.

Je vous prie d'agréer, Monsieur (Madame) le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur